STÄDTISCHE HEIL- UND PFLEGEANSTALT HERZBERGE

KASUISTISCHER BEITRAG ZUR LEHRE VON DEN DEGENERATIONSPSYCHOSEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

VON

ANNE-MARIE BRAHN

BERLIN

PROMOVIERT AM 22. NOVEMBER 1926

VERLAGSBUCHHANDLUNG JULIUS SPRINGER IN BERLIN. 1926

189

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Geh. Rat Prof. Goldscheider
Referent: Geh. Rat Prof. Bonhoeffer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544328_0113

Viele Autoren, unter anderem auch *Kraepelin* und *Freud*, haben die Beziehungen hervorgehoben, die zwischen Hysterie und Zwangsneurose bestehen. Sie erkannten dabei im allgemeinen an, daß einzelne Symptome beiden Erkrankungen gemeinsam sein können, daß auch Zwangsneurosen zuweilen hysterische Einschläge zeigen, betonten aber stets zugleich, daß trotzdem sowohl im klinischen Bilde wie in der zu beiden Erkrankungen disponierenden Persönlichkeitsstruktur eine deutliche Trennung vorzunehmen sei. Der folgende Fall, der in klarer Weise das Nebeneinander und die innige Verflechtung der beiden der Hysterie und dem Zwangsirresein entsprechenden psychopathischen Konstitutionskomponenten in einem Krankheitsbilde zeigt, darf schon wegen der relativen Seltenheit, in der dieser Zusammenhang zur Beobachtung kommt, eine Veröffentlichung rechtfertigen. Er bietet im übrigen aber auch unabhängig davon so interessante klinische Befunde dar, daß er auch symptomatologisch eine eingehende Schilderung verdient.

Vorgeschichte:

Marie B., 27. IX. 1889 geboren, seit 3 Jahren Witwe, stammt, soweit bekannt, aus einer Familie, deren Mitglieder mit Ausnahme des Großvaters mütterlicherseits, eines großen hageren Mannes, von ernstem, verschlossenem, grobem Wesen, zum *gleichmäßig heiter-harmonischen, pyknischen Typ* gehören. Psychosen sind nicht in der Familie vorgekommen, doch ist ein Bruder des Großvaters väterlicherseits ebenso wie die kleine Tochter der Patientin leicht debil.

Die *körperliche* Entwicklung der Patientin in der Kindheit war normal. *Psychisch* war sie ein empfindliches und leicht beleidigtes Kind, etwas schüchtern und befangen fremden Menschen gegenüber. In der Schule lernte sie schwer, erledigte aber — von den Eltern dazu angehalten — ihre Arbeiten dort regelmäßig. Im Haushalt dagegen half sie weder gern, noch viel. Nach Angabe der Mutter hat sie das „Arbeiten überhaupt nicht gerade erfunden". Weiter fiel schon in früher Kindheit eine ausgesprochene *Hypochondrie* auf. So war sie, als der Bruder sie einmal während einer Scharlacherkrankung versehentlich ein wenig anstieß, lange Zeit nicht zu beruhigen, schrie, ihr Herz stehe still, sie müsse sterben. Außerdem traten auch in den Kinderjahren bei Patientin *Angstzustände* auf. Teils mit, teils ohne ersichtlichen Grund überfiel sie zuweilen, u. a. auch in der Schule während

des Unterrichts, ein starkes Angstgefühl, als ob sie sterben müßte. Sie mußte aufspringen, wo sie sich auch gerade befand, und nach Hause laufen. Sie beruhigte sich erst, wenn sie zu Hause im Bett lag. Oft schlug sie bei derartigen Angstzuständen wild um sich, manchmal fing sie auch plötzlich zu schreien an. Eigentliche Krampfanfälle bestanden damals nicht. Ein wegen der Angstanfälle zu Rate gezogener Arzt riet den Eltern, das Kind energisch anzufassen, damit sie nicht hysterisch werde.

Gleichfalls seit der Schulzeit traten des weiteren bei ihr *Zwangserscheinungen* auf. So hatte sie Angst, allein über die Straße zu gehen; ging aus Furcht, ihr könne einmal etwas passieren, immer dicht an den Häusern entlang, unterhielt sich auf der Straße nicht gern mit jemand, weil sie immer darauf achten mußte, wie sie liefe. Auch mußte sie die Pflastersteine zählen, die Schilder an den Fenstern lesen u. a. m. „Allerhand solche dumme Sachen waren da, darüber habe ich mich dann so geärgert", lautet ihr eigenes Urteil darüber.

Später mit dem 14. bis 15. Lebensjahre stellte sich noch *Schlaflosigkeit* und *nächtliche Angst* ein. Sonst verlief die Pubertät bei ihr ohne Besonderheiten. Sie kam damals in eine Lehrstelle, wo sie nach $1^1/_2$ Jahren entlassen wurde, weil die Arbeit nicht recht gelang, sie zu nervös, zu fahrig zum Arbeiten war. In einer neuen Stelle wurde sie nach ca. einem Jahr aus dem gleichen Grund entlassen.

Mit 19 Jahren verlobte sie sich. Während der an Aufregungen reichen Verlobungszeit (die Eltern wollten wegen Trunksucht des Bräutigams die Ehe nicht zugeben) litt sie an unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme auftretendem Erbrechen, das ärztlicherseits als *„nervöses Magenleiden"* erklärt wurde. Um die gleiche Zeit trat zum erstenmal, ohne nachweislichen besonderen seelischen Anlaß, ein *psychogener Krampfanfall mit tonischen Zuckungen, Sprach- und Bewegungslosigkeit* auf. Das Bewußtsein war dabei erhalten. Beim Anfall hatte sie das Gefühl, als ob die Glieder kurz und dick würden. Der Krampfanfall wiederholte sich nach einiger Zeit noch einmal, gleichfalls ohne ersichtliche Ursache.

Als der Bräutigam nach 7jähriger Verlobungszeit die Beziehungen löste, soll Patientin zwar aufgeregt gewesen sein und viel geweint haben, sonst aber damals nicht weiter auffällig geworden sein.

Mit 30 Jahren bekam Patientin ein Kind von einem anderen Manne, den sie bald heiratete. Die Entbindung verlief nicht ganz leicht, aber im ganzen normal und folgenlos.

Kurze Zeit später Anfall von Basedowscher Erkrankung.

1915 Verkürzung der Mutterbänder. Verhalten nach der Operation völlig unauffällig.

Die Ehe der Patientin war nicht besonders glücklich, da der Mann, von Beruf Schlächter, ein grober Mensch gewesen sein soll, worüber sie sich häufig bei der Mutter beklagte. Vor ihrer Erkrankung soll Patientin aber den Haushalt zur Zufriedenheit des Mannes geführt haben.

Die *erwachsene Persönlichkeit* unserer Patientin schildert die Mutter folgendermaßen: Empfindlich, leicht gekränkt, sehr leicht wieder zu versöhnen, leicht beeinflußbar, wenig selbständig, wenig energisch, sehr anschmiegsam, wenig ausdauernd im Arbeiten, träge, phlegmatisch-schwerfällig. Keine ausgesprochen hysterischen Charakterzüge, keine Neigung zu Phantastik und Theatralik, auch nicht zur Lüge, nicht vergnügungs- oder putzsüchtig. Als abschließendes Urteil meint die Mutter, *im ganzen sei Patientin immer etwas kindlich geblieben.*

Die Vorgeschichte zeigt also, daß wir es mit einer ausgesprochen psychopathischen Konstitution zu tun haben, bei der sich aber die sich schon seit früher Kindheit manifestierenden hysterischen und zwangsneurotischen Symptome immerhin eine ganze Reihe von Jahren hindurch in bescheidenen Grenzen halten, so daß sie das soziale Verhalten der Patientin nicht stören.

Entwicklung der jetzigen Erkrankung.

Dieser relativ günstige Zustand änderte sich, als sich die in einer wenig befriedigenden Ehe lebende Patientin zudem noch 1918 wegen profuser Regelblutungen infolge Geschwulstbildung einer Exstirpation beider Ovarien unterziehen mußte. Gleich in der ersten Nacht nach der Operation traten *hypochondrische Befürchtungen auf*, die sich an eine angebliche Äußerung einer Oberschwester, es käme ihr bei der Operation der Patientin etwas nicht richtig vor, knüpften.

Als Patientin entlassen werden sollte, spürte sie Blutwallungen zum Kopfe. Dieses Symptom übertrieb ihre hypochondrische Einstellung derart, daß sie die ganze Klinik mit dem Schrei: „Um Gottes willen, ich bekomme ja hier einen Blutsturz!" zusammenrief.

Die nach der Entlassung auftretenden Symptome waren zunächst nur eine Steigerung der auch schon früher bestandenen Erscheinungen der Schlaflosigkeit und der Angstzustände. Allmählich kamen noch andere Symptome hinzu, die möglicherweise mit dem Ovarialausfall zusammenhängen: so ausgesprochene motorische Unruhe und Jähzornentladungen, so daß sie nach einem relativ geringfügigen Streit mit ihren Angehörigen, nach einer ernsthaften Ermahnung von seiten des Arztes, mehr Willen zur Gesundheit zu zeigen, Fensterscheiben einschlug, dem ermahnenden Arzte eine Ohrfeige versetzte u. dgl.

Um Heilung zu finden, ging Patientin von selbst in die verschiedensten Krankenhäuser, wobei sich schon ein deutliches *Gefallen am Gepflegtwerden und Kranksein* zeigte. Nach einem 5wöchentlichen Sanatoriumsaufenthalt stellten sich bei ihrer Entlassung Zuckungen im Gesicht und Stottern ein, 2 Tage später ein tonischer Krampfanfall mit Sprachverlust: Symptome, die zweifellos die *Tendenz zur Krankheitsdemonstration* aufwiesen. Sie erklärte selbst: Nach diesen Anfällen habe ihr Mann gesehen, daß sie ernstlich krank und nicht nur, wie er immer ihr vorgeworfen, nur faul wäre; überhaupt sei ihre Ehe seitdem viel glücklicher geworden, da ihr Mann sich von da ab durchaus rücksichtsvoll gegen ihren nunmehr als schwerkrank erkannten Zustand gezeigt habe. Später ging sie, angeblich wegen Selbstmordgedanken und um sich selbst an Gewalttätigkeiten zu hindern, wieder in ein Krankenhaus, wo eine *Basedowpsychose* mit Exophthalmus, Zittern, Tachykardie, Erregungszuständen, triebhaftem Handeln, Stottern festgestellt wurde. Wegen der Erregungszustände kam sie von dort für kurze Zeit nach der Irrenanstalt Herzberge. Nach der Entlassung begann eine Zeit untätigen Im-Bett-Liegens und Klagens über die Schwere ihrer Krankheit. Sie wurde allmählich immer unruhiger, klagte über *Gedankendrängen*, immer stärker werdende *Affektentladungen* und *eine immer mehr hervortretende und erweiterte Neigung zu den schon seit früher Kindheit bestehenden Zwangsvorgängen:* Erscheinungen, die das auch jetzt noch bestehende Zustandsbild zusammensetzen.

Vom *gegenwärtigen Befund*

ist zunächst in *körperlicher Hinsicht* feinschlägiger Tremor der Hände, geringer Exophthalmus, starke Fettleibigkeit, erhöhte Feuchtigkeit der Haut, gesteigerte Patellarreflexe hervorzuheben. Thyreoidea ist nicht palpabel. Gynäkologisch: Fehlen beider Ovarien, Uterus im Involutionsstadium, fehlende Menstruation. In Verbindung mit diesen Störungen stehen die üblichen körperlichen Erscheinungen klimakterieller Färbung: Blutandrang zum Kopfe, Kopfschmerzen und Schweißausbrüche.

In *körperbaulicher Beziehung* ist Patientin eher nach der *pyknischen* Seite zu rechnen. Ganz rein tritt ihr Körperbautypus nicht mehr zutage, da das frühzeitige erworbene Klimakterium zu erheblicher Adipositas geführt hat.

Unter den *psychischen* Symptomen stehen im Vordergrund die *Zwangserscheinungen.* Da diese in einer Form auftreten, wie sie selten zur Beobachtung

kommt, sollen sie eingehender geschildert werden. Unter den Zwangsphänomen herrschen zunächst *unter dem Gefühl des Zwanges auftretende und sich fortwährend wiederholende Assoziationen vor, die sich unabhängig von der allgemeinen Konstellation und der augenblicklichen Zielvorstellung aktualisieren.*

Beim Hören des Namens „Holz" drängt sich ihr zwangsmäßig auf: „Dummheit und Stolz wachsen auf einem unterirdischen Holz." Bei „Gebauer" — ich gehe nicht ins Bauer; bei „Fürst" — Fürstenbrunner Weg; bei „Schwarz" — Stolz weht die Flagge schwarzweißrot. Oder: Nach dem Anblick eines Kandelabers mußte sie dauernd denken: „Ich kann de Laberwurst nicht essen" u. ä. m.

Neben diesen zwangsweise sich aufdrängenden Assoziationen in Form von sprachlich vorgebildeten erstarrten Formeln bestehen *Zwangsassoziationen der Art, daß einmal zufällig gleichzeitig aufgetretene Vorgänge sich gegenseitig zwangsmäßig ins Bewußtsein drängen*: Beim Sehen eines Stuhles muß Patientin an den Menschen denken, den sie einmal dort sitzen gesehen hat; eine einmal zufällig bei einer Mahlzeit gesehene Salmiakflasche ruft bei jedem Essen die Erinnerung an die Flasche wieder hervor. Die gelegentlich durch eine Klangassoziation angeregte Vorstellung: „Sintemalen wir alle Brüder sind," die gerade in dem Augenblick eines Türklappens auftrat, läßt ihr bei jedem Türklappen dieselben Worte in den Sinn kommen usw.

In engen Beziehungen zu dieser Symptomengruppe steht — wenigstens nach ihrer eigenen Erklärung — der *Waschzwang* der Patientin. Als sie einmal zufällig nach Anfassen eines gleichgültigen Gegenstandes sich die Hände gewaschen habe, sei ihr das so „im Kopfe stecken geblieben", daß sie sich jetzt dauernd nach jedem Gegenstand, den sie anfasse, die Hände waschen müsse. Daß dies keine ad hoc zurechtgemachte Erklärung ist und es sich nicht etwa um den bei den Zwangsneurotikern üblichen Waschzwang handelt, wird dadurch besonders glaubhaft gemacht, daß Patientin selbst es strikt zurückweist, sie könnte jemals eine Furcht vor Beschmutzung empfunden haben.

Diese Art Gleichzeitigkeits-Zwangsassoziationen gehen im übrigen bei ihr so weit, daß sie sogar durch den Sprachgebrauch formelhaft gewordene feste Sprachverbindungen erweitern. Das charakteristischste Beispiel aus dieser Symptomengruppe soll hier geschildert werden. Eines Tages trat Patientin auf der Straße auf ein Stück Holz, assoziierte dabei infolge Klanggleichheit: „Dummheit und Stolz wachsen auf einem Holz." Da sie aber in diesem Augenblick auf einer Stelle stand, wo die Untergrundbahn unter ihr vorbeiging, wurde dieses gleichzeitig bewußt gewordene örtliche Moment mit dem Sprichwort assoziativ verbunden und Patientin assoziierte seitdem auf Holz nur noch: „Dummheit und Stolz wachsen auf einem unterirdischen Holz."

In ähnlicher Weise ist eine andere Zwangsassoziation auf Blume: „Die Lotosblume ist eine verrückte Totenblume" bedingt. Patientin sah einmal eine Tänzerin als Lotosblume auftreten, assoziierte damals infolge ihrer überstark affektbetonten Vorstellung von ihrem ungünstigen Gesundheitszustand, an dem sie zu sterben meinte, „Totenblume", wozu aus den gleichen Überwertigkeitsgründen das auf sie selbst bezügliche Adjektiv „verrückt" hinzugefügt wurde.

Auch folgende Symptome, die zunächst wie schizophren anmuten, stellen sich bei ihr als Gleichzeitigkeits-Zwangsassoziationen heraus. Während einer kurzen Zeit antwortete Patientin auf Fragen nach ihrem Ergehen, nach ihren Zukunftsplänen usw.: „Doktor Martin Luther weiß Bescheid." Auf Fragen, wer denn Doktor Martin Luther sei, antwortete sie, das sei ihre Mutter. Bei der Exploration nach dem Zustandekommen dieses Symptoms gibt sie an, ihre Mutter wohne neben der Martin-Luther-Kirche, und schon immer habe sie infolge dieser örtlichen Beziehungen, wenn sie zum Beispiel zu ihrer Mutter ging, denken müssen,

sie ginge zu Martin Luther. Niemals hat dabei etwa für sie eine wirkliche Identifikation zwischen der Mutter und Martin Luther vorgelegen, sondern immer nur handelte es sich um eine fest verbundene Gleichzeitigkeitsassoziation. — Als letzte Zwangserscheinung bestehen schließlich noch *Impulse vom Zwangscharakter*, z. B.: eine brennende Lampe vom Tisch zu stoßen, alles demolieren zu müssen, einer vorübergehenden Frau an die Genitalien zu greifen, die Stellung einer Bettelnden einzunehmen, auf der Straße jemandem auf den Buckel zu springen, die Steine auf der Straße zu zählen. Symptome, für die Patientin selbst keine Erklärung zu geben vermochte, und die auch durch den Versuch einer anderweitigen Analyse mittels freisteigenden Assoziationen sowie mittels des Assoziationsexperimentes nicht geklärt wurden. Erstere verliefen ganz ergebnislos, letzteres wies im Grunde nur auf ihren Krankheitskomplex sowie die bei ihr fixierten Gleichzeitigkeitsassoziationen hin.

Z. B. Reizwort: Blume — die Lotosblume ist eine verrückte Totenblume; Kopf — Kopfkrankheit; Sterben — wirst du wohl bald sterben; Zeitung — kann sie nicht mehr lesen; Springen — ich muß ins Wasser springen; Kind — du hast ein kindliches Gemüt (ihr Mann habe gesagt, anziehen muß man dich wie ein kleines Kind); Holz — Dummheit und Stolz wachsen auf einem unterirdischen Holz u. a. m.

Ein Teil der Zwangsimpulse scheint jedenfalls ähnlich zufällig determiniert zu sein wie die Zwangsgedanken. So fühlte Patientin jedes Mal, wenn sie an eine Mitpatientin, die sie in der Nervenklinik häufig über ein Kastenbett hatte springen sehen, zurückdachte, selbst den Zwang, über irgend etwas zu springen. Es handelt sich dabei also um eine Erinnerungsassoziation mit motorischem Impuls, die sich zwangsweise umzusetzen drängt.

Im übrigen ist, abgesehen von dem eingangs erwähnten Gedankendrängen und dem Zwangsdenken, in denen beiden ein deutliches Zurücktreten der Obervorstellungen hervortritt, das *übrige Denken völlig geordnet und steht durchaus unter der Herrschaft von Zielvorstellungen.*

Dem echten Zwangscharakter der gekennzeichneten Zwangsphänomene entspricht, was kaum nochmals hervorzuheben ist, daß Patientin *völlige Krankheitseinsicht* hat, daß sie deutlich den Zwang empfindet; daß sie nie die geringsten abwegigen Erklärungen heranzieht, niemals etwa im schizophrenen Sinne von Gedankenbeeinflussungen, gemachten Gedanken oder dergleichen spricht, daß sie sich vielmehr all ihrer Symptome in inhaltlicher Beziehung als Unsinnigkeiten und Zwecklosigkeiten, als „Dußligkeiten" bewußt ist.

Weitere Klagen der Patientin betreffen das Gebiet der *Sinnestäuschungen im weitesten Sinne.* Sie sieht beispielsweise die zu jeder Mahlzeit assoziierte Salmiakflasche tatsächlich greifbar vor sich, ähnlich auch den Menschen, an den sie in Verbindung mit dem Stuhle, auf dem sie ihn einmal tatsächlich sitzen gesehen hat, denken muß u. dgl. Vor allem aber klagt sie über Trugwahrnehmungen von autoskopischem Charakter.

So sieht sie beim Denken am Wege, die sie schon einmal gegangen ist, an Situationen, die sie schon einmal erlebt hat, beim Vorstellen eines bestimmten örtlichen Zieles, daß sie zu erreichen strebt, sich selbst in verkleinertem Maßstabe stehen. Freilich scheint die Leibhaftigkeit im allgemeinen nicht stark zu sein, wenigstens kann sie einzelne Details nicht angeben. Immerhin erscheint ihr halluziniertes Ich ihr real genug, daß sie sich dabei sogar selbst anrennt und — angeblich — in spielerischer Weise auch anspricht: „Na, Mariechen, wie gehts? oder wo kommst du her?" Beobachtet konnte freilich trotz eifrigen Bemühens eine derartige Begrüßungsszene niemals werden. *Daß es sich bei allen diesen „Sinnestäuschungen" nicht um echte Halluzinationen nach Art der schizophrenen, sondern um Vorstellungen von sinnlich lebhaftem Charakter handelt, wie wir sie z. B. häufig bei Kindern sehen, kann nach der ganzen Schilderung der Patientin keinem Zweifel*

unterliegen, wobei dahingestellt bleiben kann, ob bei ihr ein eidetischer Typ im Jaenschschen Sinne besteht.

Depersonalisations- oder Verdopplungserscheinungen lagen jedenfalls bei diesen autoskopischen Halluzinationen nicht vor, wie überhaupt ein Depersonalisations- oder Verdopplungserlebnis niemals auch nur andeutungsweise sich nachweisen ließ. Nachträglich gibt Patientin übrigens an, sie sähe jetzt — so wie früher ihre eigene Gestalt — nur noch einen dunklen Punkt sich bewegen, so daß ihr gewissermaßen nur noch die Bewegungskomponente ziemlich deutlich zum Bewußtsein kommt.

Akustische „Sinnestäuschungen" treten gegenüber den optischen bei Patientin völlig zurück. Sie will diese überhaupt erst haben, seitdem sie oft von den Ärzten danach gefragt worden sei. Einmal habe sie gehört „bei Schmidts da brennts" und mehrere Male habe sie das Klopfen der Patienten an die Kastenbetten vernommen.

Gegen ihre sie belästigenden Symptome hat Patientin ein ganzes Heer von *Schutzmaßregeln* zur Verfügung, die sie in der Regel auch inne hält. Wegen ihrer von ihr durchaus als Krankheitszeichen angesehenen Sinnestäuschungen geht sie z. B. im Garten nie im Kreis umher, um nicht den gleichen Weg doppelt machen zu müssen, aus Furcht sich selbst entgegen kommen zu sehen. Sie biegt auch niemals scharf um eine Ecke, weil sie sich auf dem folgenden Wege schon selbst laufen sieht. Gegen die oben besprochenen Gleichzeitigkeitsassoziationen schützt sie sich in der Weise, daß sie sich z. B. im Garten immer an die gleiche Stelle setzt, da sich durch Vermeidung neuer Erlebnisse auch neue assoziative Verbindungen am ehesten vermeiden lassen. Diese Schutzmaßregeln selbst muten gelegentlich wie stereotype schizophrene Manieren an, wie ja auch schizophrene Manieren Schutzvorkehrungen gegen (schizophrene) Zwangsvorgänge sein können. Nähere Analyse aber zeigt ihren wahren Charakter, deren Zweck Patientin in keinem Augenblick vergißt.

Charakteristisch ist für alle Symptome, einschließlich der autoskopischen Halluzinationen, über deren Belästigung Patientin noch am meisten klagt, daß sie, genau wie die Schutzmaßregeln dagegen, nicht sehr tief die Persönlichkeit affizieren. Patientin macht in keiner Weise einen nur annähernd so gequälten Eindruck, wie man nach ihrer Krankheitsschilderung erwarten müßte. Ja, die Oberflächlichkeit der Symptome geht sogar so weit, daß, als Patientin zu Weihnachten Urlaub zu ihrer Mutter erhielt, sie sich nach Schilderung der Angehörigen ganz ungezwungen benommen und weder in ihrem Verhalten, noch durch Klagen Anlaß zu der Annahme geboten hat, daß sie von Zwangsvorgängen belästigt werde. Nur einmal soll sie geäußert haben, sie könne nicht ans Fenster gehen, weil sie sonst den Drang verspüre hinauszuspringen. In gleich freier Weise hat Patientin sich anläßlich einer den Kranken gebotenen Kinovorstellung benommen, zu der sie experimenti causa mitgeschickt wurde. Während sie sonst den Ärzten gegenüber klagte, eine größere Menschenansammlung schade ihrem Zustand sehr, da ihr doch alles was sie sähe „im Kopfe stecken" bleibe, verhielt sie sich in dem voll gefüllten Saale durchaus ruhig und frei, knüpfte auch hinterher nicht die geringsten Beschwerden daran an, sondern bat sogar, die nächste Vorstellung wieder besuchen zu dürfen.

Da sie nach früheren ärztlichen Berichten einen ausgesprochen gequälten und deprimierten Eindruck machte, ist anzunehmen, *daß anfangs tatsächlich eine die Persönlichkeit tiefer berührende Störung bei ihr vorgelegen hat, deren Symptome später nachgelassen haben und nun wohl nur noch künstlich weitergenährt und aufrechterhalten werden.* Speziell gilt diese Auffassung für die das Krankheitsbild beherrschenden Zwangserscheinungen. Dafür spricht vor allem *die deutlich zu beobachtende Neigung zur Betonung und Verteidigung ihrer Krankheit.* Sobald jemand ihr gegenüber erwähnt, ihr Gesundheitszustand habe sich doch schon erheblich gebessert oder sie auffordert, sich zusammenzureißen, um gesund zu werden, erklärt sie unweiger-

lich auf das nachdrücklichste, das sei ja völlig unmöglich, denn der oder jener Arzt, wobei sie zur Unterstreichung der Glaubwürdigkeit mit Vorliebe Namen von ärztlichen Autoritäten nennt, habe ihr gesagt, ihre Krankheit sei unheilbar, sie sei lebenslänglich arbeitsunfähig u. dgl. m. Ja, es besteht sogar der Eindruck, als ob der Wunsch nach Krankheit viel bewußter bei Patientin ist, als es im ersten Augenblick erscheint. Denn als ihr eines Tages eine Mitpatientin, der sie von der Schwere ihrer Erkrankung klagte, antwortete, man könne alles überwinden, wenn man nur wollte, beklagte sie sich in ziemlicher Erregung bei den Ärzten, die andere habe ihr vorgeworfen, sie verschlimmere ihre Krankheit, um nicht arbeiten zu müssen. Auch ihre autoskopischen Halluzinationen zieht sie mit Vorliebe zum Beweis für die Schwere ihrer Erkrankung und ihrer Arbeitsunfähigkeit heran. „Wie sollte ich denn arbeiten können, denken sie doch, ich sehe mich ja selber stehen!"

So gehen wir kaum zu weit, wenn wir ihr Verhalten und Äußerungen im Bereich der Zwangserscheinungen als eine Art Krankheitsdemonstration auffassen, um so mehr als ein Symptom, das bisher nur beiläufig an Beispielen hervortrat, nur in diesem Sinne gedeutet werden kann. Es ist ihr *Puerilismus*. Patientin spricht in kindlichem Ton, gebraucht meist nicht die Ichform, sondern spricht von sich in der dritten Person, dabei agrammatisch, nach Kinderart die Artikel auslassend. In letzter Zeit haben allerdings energische Ermahnungen soweit Erfolg gehabt, daß sie schon häufiger spontan die erste Person gebraucht. Vorübergehend gab sie als Erklärung an, sie müsse in der dritten Person sprechen, denn sie sähe sich ja selber stehen. Doch meistens sagte sie, es ließe sich in dieser Form leichter sprechen, sie sei eben in die Kinderjahre zurückgefallen. Auf Vorhaltungen pflegt sie mit verlegenem Lächeln zu der Ichform zurückzukehren, die sie in der Erregung fast immer spontan gebraucht. Auch ihr sonstiges Wesen, das ja wohl ihrem konstitutionellen Habitus angehören mag, ist entsprechend betont puerilistisch, so daß man den Eindruck gewinnt, daß der natürliche kindliche Zug noch gesteigert wird. Sie ist von auffallend kindlicher Schwatzhaftigkeit, zeigt ihre Freude und Dankbarkeit, wenn man sich mit ihr beschäftigt, in kindlicher überströmender Zärtlichkeit. Dem entsprechen auch die vielfachen Hinweise der Krankengeschichte „Benimmt sich ganz infantil." Zweifellos hat dieser Puerilismus ebenso wie die sonstige Symptomendemonstration einen bestimmten Sinn. Es ist die persönliche Hilflosigkeit, die damit ad oculos gebracht werden soll.

Was schließlich noch *die allgemeine Gefühlsverfassung* der Patientin angeht, so sind die affektiven Beziehungen zu ihrer Familie ganz oberflächlich. Sie äußert kaum den Wunsch, ihr Kind zu sehen, zeigt sich nie in tieferer Weise um sein Ergehen besorgt. Im ganzen ist ihr Affekt bei allen Situationen adäquat, wenn auch niemals tief. *Daß diese affektive Indifferenz nicht im Sinne einer Stumpfheit als Folge eines destruktiven Prozesses aufzufassen ist, daß es sich dabei überhaupt um keine Gefühlsabstumpfung, sondern nur um eine Einengung der seelischen Ansprechbarkeit handelt, insofern als alle affektive Energie für den allein gefühlsmäßig stärker beladenen Ich- bzw. Krankheitskomplex verbraucht wird, zeigt sich in der Lebhaftigkeit der Reaktion, wenn ihr Krankheitskomplex angeschlagen wird.* Demgemäß ist auch das scheinbar affektstumpfe Verhalten auf der Station zu bewerten. Patientin liegt meist im Bett mit über den Kopf gezogener Bettdecke, unterhält sich kaum mit ihren Nachbarinnen, äußert nie den Wunsch nach Arbeit. Hier ist allerdings wiederum der Abschluß von der Umwelt als Schutzmaßregel gegen das Zwangsdenken mit in Betracht zu ziehen.

Klinische Beurteilung.

Um zum Schluß das Krankheitsbild in einer Diagnose zusammenzufassen, sind drei differentialdiagnostische Möglichkeiten zu erwägen:

1. Von *Bonhoeffer* und anderen Autoren sind die engen Beziehungen der zwangsneurotischen Bilder zum manisch-depressiven Symptomenkomplex hervorgehoben worden. Auch in unserem Falle sind gewisse zu diesem Formenkreis gehörige Komponenten vorhanden, so in den körperlichen und geistigen Insuffizienzgefühlen, in der anfänglich vorhandenen motorischen Unruhe, den Klagen über Gedankendrängen, das als innere Ideenflucht aufzufassen ist. Gegen das manisch-depressive Irresein aber spricht der Mangel an Periodizität, die gleichmäßig sich in der Mittellage haltende Stimmung, evtl. auch das Fehlen der üblichen Tagesschwankungen und nicht zum wenigsten auch das Fehlen jeglicher hereditären Belastung im manisch-depressiven Sinne, sowie einer solchen Veranlagung, die sich etwa in früheren periodischen Stimmungsschwankungen gezeigt hätte. Es sind im ganzen also die Beziehungen unseres Falles zum manisch-depressiven Irresein so lose und oberflächliche, daß sie uns keine Berechtigung erteilen, diese Diagnose zu stellen.

2. In ernstere differentialdiagnostische Erwägung ist die Schizophrenie zu ziehen. Sehr viele der oben geschilderten Symptome lassen sich rein äußerlich und ohne Zusammenhang mit der Persönlichkeit beobachtet — gewiß als schizophren verdächtig ansehen. Immerhin wird man ja wohl auf die einzelnen Symptome nicht den ausschlaggebenden Wert legen dürfen, sondern die größte Beachtung der ganzen Persönlichkeit zuwenden. Und diese ist ganz und gar nicht schizophren. Patientin ist von Beginn ihrer Erkrankung im Sommer des Jahres 1918 bis zum heutigen Tage unverändert zugänglich, natürlich, zutraulich geblieben. Von einem Persönlichkeitszerfall kann keine Rede sein. Dazu kommt das völlige Fehlen jeglichen für das schizophrene Denken so charakteristischen primitiv-archaischen Einschlags. Patientin gibt psychologisch durchaus verständliche Erklärungen für ihre Handlungen und hat von Anfang bis heute für ihre einzelnen Symptome durchgehends die beste Krankheitseinsicht. Endlich ist hervorzuheben, daß wir ja während ihrer Erkrankung überhaupt kein wesentliches Symptom neu entstehen sehen, sondern daß ihre Psychose letzten Endes nur in einer Verstärkung und Ausgestaltung seit früher Kindheit bestehender Symptome besteht. Freilich, das muß man zugeben — daß in derartigen Fällen die Schizophrenie niemals völlig auszuschließen ist, zumal wenn man im Sinne *Bleulers* das Bestehen schizophrener Prozesse auch ohne spezifisch schizophrene Symptome anerkennt. Ich glaube aber, die manifesten Symptome anders deuten zu müssen.

3. Völlig zwanglos läßt sich unser Krankheitsbild einordnen in den Begriff der Degenerationspsychosen. Patientin hat sich von jeher als psychisch abnorm erwiesen. Sie zeigt von früher Kindheit an Zwangserscheinungen, die sicher schon zu einer Zeit aufgetreten sind, wo von einem psychotischen Prozeß noch keine Rede sein konnte. Seit der

gleichen Zeit bestehen psychogene Anfälle, Angstzustände, hypochondrische Befürchtungen bei einer im ganzen psychisch infantilen Persönlichkeit. Wir glauben daher dem tatsächlichen Aufbau der Störung am nächsten zu kommen, wenn wir sie etwa folgendermaßen zusammenfassend kennzeichnen:

Eine psychisch mangelhaft entwickelte Persönlichkeit von geringer Intelligenz mit Neigung zu ängstlich hypochondrischer Lebenseinstellung, mit egozentrischer Einengung der Gedankenwelt, wenig entwickeltem Willensleben und Tendenz zu elementaren motorischen Reaktionen: im ganzen also ein in der Persönlichkeitsentwicklung auf primitiver Stufe gebliebenes Individuum macht ein affektbetontes Krankheitserlebnis durch. Dieses verstärkt zunächst psychogen alle die aus der konstitutionellen Minderwertigkeit entspringenden Symptome und mobilisiert vor allem die auf der ab ovo bestehenden Schwäche der höheren Denk- und Willensfunktion beruhenden Zwangserscheinungen. Im weiteren Verlauf der Krankheit kommt es schließlich zu einem gewissen Nachlassen der psychopathischen Manifestationen. Allmählich aber hat sich infolge des Gefühls der eigenen Insuffizienz und der Neigung, den Schwierigkeiten des Lebens auszuweichen, eine typisch hysterische Tendenz: Wunsch und Wille zur Krankheit entwickelt. Er bemächtigt sich der bestehenden zwangsneurotischen Symptome und führt, wenn auch nicht klar gewollt und bewußt, sondern vielmehr instinktiv-triebhaft zu ihrer psychogenen Fixierung und Verstärkung und zur Krankheitsdemonstration, wodurch nun sekundär das Krankheitsbild aufrechterhalten und durch gewisse im Sinne der Krankheitsdarstellung zu deutende typisch hysterische Züge erweitert wird.

Literaturverzeichnis.

Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. — *Bonhoeffer*, Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **33**, 354. 1913. — *Bonhoeffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. — *Bumke*, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München 1924. — *Bumke*, Was sind Zwangsvorgänge. Vortr. im Verein südwestdeutscher Irrenärzte November 1905. Halle 1906. — *Friedmann*, Über die Abgrenzungen und die Grundlagen der Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **21**, 214 u. 348. 1907. — *Friedmann*, Über den Wahn. Wiesbaden 1894. — *Heilbronner*, Zwangsvorstellung und Psychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **1**, 31. 1910. — *Kraepelin*, Psychiatrie. 8. Aufl. — *Hoffmann*, Die konstitutionelle Struktur und Dynamik der originären Zwangsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1923. — *Jaspers*, Allgemeine Psychopathologie. 1913. — *Lewandowsky*, Handbuch der Nervenheilkunde. Bd. IV. — *Reis*, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **2**, 347. 1910. — *Schneider*, Über Erinnerungsfälschungen beim Zwangsdenken. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **23**, 90. 1915. — *Schneider*, Die Lehre vom Zwangsdenken in den letzten 12 Jahren. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1918. — *Ziehen*, Psychiatrie. 4. Aufl. 1911.

Lebenslauf.

Ich, *Anne-Marie Brahn*, bin geboren am 24. Oktober 1900 zu Berlin als Tochter des Kaufmanns Moritz Brahn und seiner Ehefrau Gertrud. Von Ostern 1907 bis Ostern 1914 besuchte ich das Margarethen-Lyceum zu Berlin. Dann trat ich in die Erste Städtische Studienanstalt real-gymnasialer Richtung ein, wo ich Ostern 1920 die Reifeprüfung bestand. Ich widmete mich dem Medizinstudium und ließ mich im 1. Sem. an der Heidelberger, im 2. an der Berliner, im 3. an der Münchner Universität immatrikulieren. Die übrige Studienzeit verbrachte ich an der Berliner Universität. Im Sommer 1922 bestand ich in Berlin die ärztliche Vorprüfung und im Sommer 1925 dort das medizinische Staatsexamen. Danach arbeitete ich 4 Monate an der Ersten Medizinischen Klinik der Charité, darauf 8 Monate als Medizinalpraktikantin an der städt. Heil- und Pflegeanstalt Herzberge. Am 3. September 1926 erhielt ich meine Approbation als Ärztin.